

**Centre Médical Infantile
Romagnat**



**ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET AXES
PRIORITAIRES
2017-2022**

Mise à jour : Février 2021

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| 1. ORGANISATION DE LA QUALITE AU CMI DE ROMAGNAT | 3 |
| 2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET AXES PRIORITAIRES D'AMELIORATION CONTINUE et PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS | 6 |
| 2.1. Les orientations stratégiques du CMI de Romagnat 2017-2022 | 6 |
| 2.1.1. Conforter la mise en place de la spécialisation | 6 |
| 2.1.2. Priorité de recrutement des patients dans la région ARA | 6 |
| 2.1.3. Adaptation des activités et des prises en charge au vieillissement de la population accueillie | 7 |
| 2.1.4. Coopération avec les CHU et autres établissements de la région | 7 |
| 2.1.5. L'éducation thérapeutique du patient et de sa famille | 7 |
| 2.1.6. Prise en charge de l'obésité infanto-juvénile à partir de 6 ans en HJ | 7 |
| 2.1.7. Développement de l'hospitalisation de jour | 7 |
| 2.1.8. La stratégie générale de management de la qualité et de la sécurité des soins | 7 |
| 2.2. Axe qualité-gestion des risques | 8 |
| 2.2.1. Stratégie générale de management de la qualité et de la sécurité | 8 |
| 2.2.2. Sécurité des soins et de la prise en charge | 9 |
| 2.2.3. Stratégie EPP | 11 |
| 2.2.3.1. Le choix des EPP | |
| 2.2.3.2. Développer les indicateurs de pratiques cliniques | |
| 2.2.4. La prise en charge médicamenteuse | 12 |
| 2.2.5. L'identito-vigilance | 13 |
| 2.2.6. Le respect des droits du patient | 14 |
| 2.2.7. La prise en charge de la douleur | 15 |
| 2.2.8. La prise en charge nutritionnelle | 16 |
| 2.2.9. Les activités médico-techniques | 17 |
| 2.2.10. La maîtrise du risque infectieux | 18 |
| 2.2.11. La santé, sécurité qualité au travail - Le développement durable | 20 |
| 2.3. LE PAQSS, le compte qualité et les IPAQSS | 22 |
| 2.3.1. Le PAQSS et le Compte qualité HAS | 22 |
| 2.3.2. Les résultats de la certification V2014 | 23 |
| 2.3.3. Les indicateurs IPAQSS | 24 |
| 2.3.4. Engagement dans la démarche de Certification V2020 | 24 |



Politique Qualité Sécurité Environnement CMI Romagnat

1. ORGANISATION DE LA QUALITE AU CMI DE ROMAGNAT

Organigramme des différentes responsabilités dans le cadre de la démarche de gestion des risques

ORGANISATION DE LA QUALITE : LES COMITES ET LES INSTANCES

Conseil d'Administration « les enfants des cheminots »

CEPP
Dr RODET
Mme MESTARI
Mme INTHAVONG

COMEDIMS/ATB
Dr TETARD
Mme TIERCELIN

CLUD
Dr LACOMBE
Mme MUNCH

CDU
Dr RODET
M. RAUCROY

CSE
M. RAUCROY

CME
Dr M-F. RODET

**DIRECTION
GENERALE**
M. I. RAUCROY

CLIN-EOH
Dr RODET
Mme MESTARI

CLAN
Dr CARDENOUX
M. RAUCROY

CSIRMT
Mme CHAPUT

**PHARMACO-
MATERIO**
Mme TIERCELIN
Mme PAGANI

Equipe RABC
M. LAMYRAND
Mme BEQUIGNAT

Cellule Qualité
Mme MESTARI, Responsable qualité, Coordinateur
Mme INTHAVONG, Directrice Administrative et Financière

Membres de la cellule élargie :
Mme RODET, Présidente de la CME, responsable de la gestion des risques médicaux
M. RAUCROY, Directeur Général
M. LAMYRAND, Responsable logistique, responsable de la gestion des risques non médicaux
Mme CHAPUT, Cadre de santé infirmier
Mme BEQUIGNAT, Cadre de santé infirmier
Mme TERRILLON, Cadre de santé infirmier
Les membres de la CDU
Correspondants des vigilances

SIH/identito vigilance
M. LAMYRAND,
Mmes BEQUIGNAT et INTHAVONG

**SECURITE
INCENDIE**
M. LAMYRAND

- La CME a mandaté le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et son Président, Dr RODET pour mener à bien la lutte contre les infections associées aux soins. La CME a approuvé la nomination d'un coordonnateur de la gestion des risques.

Le médecin, président du CLIN en collaboration avec l'IHH rassemble l'ensemble des correspondants pour la lutte contre les infections associées aux soins.

- La CME a mandaté le COMEDIMS, piloté par le pharmacien, Mme TIERCELIN et Dr TETARD, médecin MPR, pour élaborer le programme d'action en matière de sécurisation du circuit du médicament, et de bon usage des médicaments et antibiotiques.

- Le COMEDIMS a mandaté le groupe PEC médicamenteuse pour prévenir les erreurs médicamenteuses concernant la préparation, l'approvisionnement, la détention et stockage, le transport, l'information du patient, l'administration et la surveillance.

- La CEPP est piloté par la Présidente de la CME en collaboration avec la responsable qualité.

- Les événements indésirables notamment les EIG sont traités au sein de la Cellule Qualité en collaboration avec les cadres de santé et les responsables des vigilances.

La Cellule Qualité décide et impulse la politique de gestion des risques, fixe les orientations, les domaines prioritaires et affecte les ressources nécessaires à sa mise en œuvre.

L'organisation mise en place au CMI de Romagnat est une organisation transversale. Elle s'appuie sur les structures existantes.

- Deux responsables identitovigilance sont identifiés et se réunissent autant de fois que nécessaire pour travailler sur les thématiques relatives à l'identitovigilance.

- La Cellule Qualité travaille en collaboration avec la responsable des ressources humaines pour l'évaluation des risques professionnels.

- Dans le cadre de notre programme d'action sur les relations avec les usagers, nous avons élargi les compétences de la CDU pour permettre aux représentants des usagers d'être partie prenante dans chacune des orientations stratégiques.

2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET AXES PRIORITAIRES D'AMELIORATION CONTINUE et PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

2.1. Les orientations stratégiques du CMI de Romagnat 2017- 2022

2.1.1. Conforter la mise en place de la spécialisation

L'Engagement de l'établissement

Continuer à assurer et à maintenir l'offre adéquate dans le cadre de la spécialisation « affections du système nerveux » à titre exclusif, pour les enfants de moins de 6 ans et de plus de 6 ans, ainsi que les adolescents.

Axes prioritaires :

- Recrutement d'un médecin MPR afin d'assurer la fluidité de la filière MPR et faire face aux nouvelles demandes (sollicitation d'autres établissements)
- Maintenir et conforter l'activité spasticité
- Conforter l'activité bilan neuro respiratoire
- Augmenter le nombre de bilans pluridisciplinaires des patients cérébro-lésés
- Poursuivre l'activité d'appareillage complexe ne pouvant être réalisée chez un orthoprothésiste

Indicateurs

- Nombre de consultations MPR pédiatriques spécialisées
- Nombre de traitements de la spasticité par injection de toxine botulique (activité spasticité) et nombre de bilans de spasticité
- Nombre de bilans respiratoires
- Nombre de bilans pluridisciplinaires réalisés chez l'enfant cérébro-lésés dont les traumatismes crâniens graves.

2.1.2. Priorité de recrutement des patients dans la région ARA

Engagement de l'établissement

Prendre en charge en priorité les patients de la région relevant du CMI

Axes prioritaires :

- Continuer à prendre en charge prioritairement des patients de la région

Indicateurs

- Pourcentage des patients provenant de la région

2.1.3. Adaptation des activités et des prises en charge au vieillissement de la population accueillie

Engagement de l'établissement

Continuer à prendre en charge les patients de notre établissement devenus adultes, assurer une PEC optimale à ces patients.

Axes prioritaires :

- Demande de spécialité EVC-EPR adultes. Cet agrément correspond exactement à l'état de santé des patients devenus adultes sur le service Océane.

Indicateurs :

- Pourcentage de journées adultes
- Nombre de patients EVC-EPR

2.1.4. Coopération avec les CHU et autres établissements de la région

2.1.5. L'éducation thérapeutique du patient et de sa famille

2.1.6. Prise en charge de l'obésité infanto-juvénile à partir de 6 ans en hospitalisation de jour (équivalent CP)

2.1.7. Développement de l'hospitalisation de jour

2.1.8. La stratégie générale de management de la qualité et de la sécurité des soins (cf 2.2.1.)

Nous avons décidé de faire du management de la qualité et de la sécurité des soins une priorité, c'est pour cette raison que nous l'avons inscrit dans nos orientations stratégiques en accord avec l'ARS ARA.

2.2. Axe qualité – gestion des risques

Le Centre Médical Infantile de Romagnat développe depuis plusieurs années une politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques liés à la prise en charge. **Cette politique est actualisée régulièrement en tenant en compte des résultats des dernières certifications et des attentes et évolutions prévues par la HAS.**

La politique Qualité et Gestion des risques traduit la volonté de l'établissement à :

- Placer le patient/résident au cœur des préoccupations de tous les professionnels et assurer la coordination de sa prise en charge,
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins par la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, par l'évaluation des pratiques professionnelles et par une gestion des risques et des vigilances coordonnée.

Pour cela, un programme a été défini autour de 7 axes majeurs :

1. Organiser et mettre en œuvre le management et la stratégie de l'établissement (ce point est inscrit à notre CPOM)
2. Evaluer les organisations, les pratiques professionnelles et les pratiques de soins
3. Développer les indicateurs de pratiques cliniques
4. Assurer la sécurité des soins et développer la prévention des risques notamment dans le cadre du risque infectieux, de la prise en charge médicamenteuse, l'identité vigilance, la prise en charge de la douleur, des activités médico-techniques...
5. Coordonner les soins pour une meilleure efficacité et une meilleure prise en charge
6. Respecter les droits du patient en informant au mieux le patient, en étant à son écoute et en l'accompagnant, lui et son entourage
7. Accompagner, évaluer et former les professionnels tout au long de leur carrière

2.2.1. Stratégie générale de management de la qualité et de sécurité

Ce point fait l'objet d'une obligation d'améliorations suite à la visite de certification V2014.

Engagement de l'établissement

- Organiser la gestion globalisée de la qualité et de la gestion des risques (notamment la coordination des vigilances, veille sanitaire et gestion de crise)
- Etablir un bilan annuel de l'activité de la Cellule Qualité (plan d'actions, nombre de déclarations annuelles d'événements indésirables, fiches de suivi ...);
- Promouvoir une culture qualité/gestion des risques au sein de tous les professionnels de santé et s'approprier les nouvelles méthodes de certification ;
- Mettre en place une démarche d'évaluation des risques à priori et déterminer les modalités pour les analyser et les hiérarchiser.

Eléments opérationnels et indicateurs

- Le règlement intérieur et les missions de la Cellule Qualité,
- L'organigramme de tous les professionnels et instances impliqués dans la qualité-gestion des risques,
- Le système documentaire
- L'animation et la coordination d'une politique qualité gestion des risques par le comité des vigilances dédié, impliquant des représentants de tous les professionnels de santé avec une participation significative et une fréquence régulière,
- La formation du personnel sur la qualité et la sécurité (thèmes, nombres de participants),
- Nombre d'EI par thématique,
- La mise en œuvre d'une méthodologie appropriée et validée pour le traitement des événements indésirables (analyse centralisée sur le logiciel Blue Kango, analyse des événements indésirables graves selon la méthode ALARM, partage du retour d'expérience autour de la conduite de CREX, proposition d'actions d'amélioration, suivi des actions ...),
- Nombre de réunions tenues,
- Nombre d'analyses menées,
- Nombre d'actions correctives mises en œuvre,
- Conduite et mise en œuvre de la cartographie des risques,
- Priorisation des actions issues des analyses de risques à priori et à posteriori,
- Programme d'actions (diffusion de recommandations ...),

2.2.2. Sécurité des soins et de la prise en charge

3 orientations :

- Améliorer la gestion des risques à postériori, le signalement et l'analyse
- Mettre en place et développer la gestion des risques à priori : pour se faire, nous avons identifié les causes possibles de survenue de risques et les dispositifs de maîtrise en place ou à mettre en place pour les thématiques suivantes :
 - o Risque infectieux
 - o Prise en charge médicamenteuse
 - o Respect des droits du patient (douleur, bienveillance, dossier patient ...)
 - o L'identité vigilance
 - o Prise en charge nutritionnelleet analyser l'efficacité des mesures de prévention en place et faire une cartographie des risques à priori.

- L'organisation de la gestion de crise et des vigilances

L'organisation mise en place au CMI de Romagnat est une organisation transversale. Elle s'appuie sur les structures existantes.

Des vigilances sanitaires à la gestion des risques :

La question de l'articulation entre les vigilances et la gestion des risques s'est posée dès la conception de notre politique de gestion globale des risques.

D'un point de vue matériel et humain, nous ne pouvons pas multiplier les dispositifs de vigilances ou développer d'autres vigilances au-delà des vigilances réglementaires. Nous avons donc structuré les vigilances autour d'une coordination des vigilances et élargi la structure de coordination des vigilances à l'ensemble des risques. Nous avons appelé cette entité « Cellule Qualité ».

L'objectif étant d'améliorer l'efficacité du système de vigilance.

Nous pensons que ce système permet :

- Une simplification des dispositifs de signalement et de collecte de l'information,
- Une amélioration des transmissions de l'information,
- Un meilleur partage de l'information,
- Une coordination des actions et définition des priorités,
- La mutualisation des compétences et savoir-faire,

De nombreuses raisons ont conduit le CMI de Romagnat à choisir une gestion des risques intégrant les vigilances :

- La logique de conformité réglementaire
- La capitalisation des acquis des vigilances est précieuse pour la gestion globale des risques :
- L'expertise sur un risque donné
- L'organisation de la traçabilité des informations
- La gestion de l'alerte
- La culture du signalement
- La sensibilisation et formation

Les différents vigilants sont donc autant de personnes ressources associés étroitement à l'élaboration et la mise en œuvre du programme de gestion des risques.

La gestion de crise et organisation du Plan de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles :

Le CMI de Romagnat (établissement SSR) s'est organisé pour mettre en place un dispositif de prévention et de gestion des risques.

La cellule de crise rassemble les compétences pluridisciplinaires nécessaires. Elle coordonne les actions à mettre en œuvre et prend les décisions adéquates qui s'imposent à l'établissement.

(cf. Plan de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles)

2.2.3 Stratégie EPP

Engagement de l'établissement

Les objectifs institutionnels en matière d'EPP sont de faire le lien avec la politique qualité et gestion des risques de l'établissement.

Les EPP doivent être rattachées à l'un des axes suivants :

- La pertinence des soins
- La performance et la prise en charge du patient
- La qualité et la gestion des risques
- Les droits du patient

2.2.3.1 Le choix des EPP

Les EPP peuvent être choisies par :

- Les responsables de chaque service (responsables médicaux, soignants et rééducatif) au regard de leurs axes stratégiques, des besoins des professionnels et des axes d'amélioration identifiés ;

- Les instances (CME, CLIN, CSIRMT, CLUD, CLAN ...) : chacune identifie, dans ses domaines respectifs, les besoins EPP ;

- La Cellule Qualité en fonction des axes d'amélioration issus du rapport de certification ou de la préparation de la certification suivante. Elle recense l'ensemble des thématiques EPP, effectue une hiérarchisation, veille à la cohérence des évaluations au regard du projet d'établissement et arbitre et planifie annuellement les actions d'évaluation en fonction de la politique qualité et de l'établissement. Elle élabore un préprogramme EPP et en assure le suivi. La CME décidant de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, valide le programme EPP. Elle valide également les actions d'amélioration identifiées suite aux différentes EPP.

L'objectif est de faire le lien avec la politique qualité gestion des risques et donc proposer des thèmes EPP en lien avec les axes prioritaires. (Pertinence des soins, PEC du patient, qualité gestion des risques, Droits des patients, Prise en charge médicamenteuse, Infectiovigilance...)

2.2.3.2 Développer les Indicateurs de Pratiques Cliniques (IPC)

- Développer la culture IPC (objet d'une recommandation)
- Former le personnel médical aux IPC

Les indicateurs de pratique clinique (IPC) sont un sous ensemble des indicateurs de qualité et sécurité des soins. La spécificité des IPC est de s'appliquer à une situation clinique concrète (symptômes, maladie, événement indésirable). Ils portent donc sur les pratiques cliniques et sur les processus contribuant directement aux résultats cliniques. Ils permettent ainsi d'objectiver le

niveau de qualité des pratiques cliniques ou professionnelles, à travers les différentes dimensions de la qualité des soins.

La mise en œuvre de la démarche EPP liée aux indicateurs des pratiques cliniques s'accompagne :

- De l'identification des indicateurs pertinents au regard de l'activité de notre établissement
- De l'organisation de leur suivi de leur recueil et de leur analyse
- De la prise en compte des résultats dans le plan d'amélioration

En plus des indicateurs IPAQSS (la prise en charge des escarres, l'évaluation nutritionnelle, l'évaluation de la douleur ...), la Cellule Qualité ainsi que la CME ont validé le choix des IPC. L'établissement a décidé de suivre des indicateurs concernant : les mesures de restrictions, la stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes, le suivi des patients obèses revus en consultation de suivi après une prise en charge multidisciplinaire au CMI, des IPC en lien avec le programme d'Education Thérapeutique du Patient au CMI. Ces indicateurs ont été choisis par rapport à nos prises en charge et à leurs spécificités.

Eléments opérationnels et indicateurs

- Le règlement intérieur et missions du groupe CEPP
- Les thématiques EPP et leur suivi
- Les actions d'amélioration identifiées suite aux différentes EPP
- La formation du personnel sur les EPP et les indicateurs de pratiques cliniques (thèmes et nombre de personnes formées)
- Le suivi des indicateurs de pratiques cliniques
- Les indicateurs IPAQSS

2.2.4 La prise en charge médicamenteuse

Le CMI de Romagnat déploie divers outils afin d'analyser la qualité de son activité concernant la prise en charge médicamenteuse. La dernière enquête OMEDIT « INTERDIAG Médicaments » a d'ailleurs été réalisée en décembre 2019.

Suite à l'analyse des risques à priori et à postériori et à cette enquête, l'établissement a défini des axes prioritaires dans l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.

Engagement de l'établissement

L'orientation principale du CMI de Romagnat dans ce domaine est de renforcer le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Les axes d'amélioration concernant cette prise en charge et le circuit du médicament sont :

- Actualiser la politique médicamenteuse
- Organiser la lutte contre les erreurs médicamenteuses
- Définir et appliquer les règles de gestion dans les services de soins

- Sécuriser l'utilisation de médicaments à risques
- Former et informer le personnel notamment les nouveaux arrivants
- Prévention des risques liés au bon usage des antibiotiques : Elaborer des indicateurs de suivi tels que l'évaluation de la prescription des antibiotiques (la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48ème heure et la 72ème heure inscrite dans le dossier du patient), améliorer l'indicateur ICATB
- Utilisation et appropriation de la plateforme CONSORES pour la consommation d'antibiotiques
- Initier la mise en place de la dispensation nominative
- Mise en place d'audits

Eléments opérationnels et indicateurs

- Nombre de tablettes permettant la validation des actes extemporanément,
- L'identification des médicaments à risque et des patients à risque,
- Nombre d'EI concernant le circuit du médicament,
- Nombre de réunions tenues,
- Nombre d'analyses menées, fiches ALARM,
- Nombre d'actions correctives mises en œuvre,
- Priorisation des actions issues des analyses de risques à priori et à posteriori,
- Programme d'actions en matière de bon usage des médicaments (diffusion de recommandations ...),
- Nombre de personnels formés aux erreurs médicamenteuses,
- Le plan pluriannuel de formation,
- Le système documentaire (procédures, documents d'enregistrement concernant la PEC médicamenteuse,
- La consommation des antibiotiques, des antalgiques et anti inflammatoires, médicaments sous Autorisation Temporaire d'Utilisation,
- Consommation des médicaments coûteux,
- Coût des dépenses pharmaceutiques par jour de présence,
- Le suivi des fluides médicaux

2.2.5 L'identitovigilance

Le concept d'identitovigilance s'est considérablement renforcé ces dernières années. L'identitovigilance est une priorité pour la sécurité des patients. La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini, dans la certification V2010 et V2014, le critère 15a « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » comme une Pratique Exigible Prioritaire (PEP).

Engagement de l'établissement

Depuis quelques années, le CMI de Romagnat s'est organisé autour de cette vigilance.

Nous avons pris conscience que l'absence de fiabilisation de l'identité d'un patient, dans le système d'information hospitalier de l'établissement de santé, expose à des risques divers tels que les risques d'ordre administratif (liés à l'admission), les risques d'ordre médical (risques liés à la prise en charge dans les services de soins), risques d'ordre économique et financier (liés à la facturation) et les risques de dommages et réclamations ou plaintes. Nous avons donc modifié notre organisation et mis en place des actions d'amélioration pour réduire ces risques.

Les axes prioritaires d'amélioration du CMI de Romagnat sont les suivants :

- Faire connaître et faire appliquer les règles en matière d'identitovigilance à chaque étape du processus
- Mesurer la mise en application des règles en matière d'identitovigilance (audits...)
- Former et informer le personnel (notamment le nouveau personnel)

Éléments opérationnels et indicateurs

- Lettre de missions des responsables identitovigilance,
- Validation d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant reprenant les règles en matière d'identitovigilance et leur communication,
- Validation de la procédure de transfert,
- Audit des connaissances concernant ces règles,
- Nombre d'EI concernant l'identitovigilance,
- Nombre d'analyses menées, ALARM,
- Nombre d'actions correctives mises en œuvre,
- Nombre de personnes formées à l'identitovigilance,
- Le plan pluriannuel de formation

2.2.6 Le respect des droits du patient

Ce point fait l'objet d'une obligation d'améliorations suite à la visite de certification V2014.

Engagement de l'établissement

Le CMI de Romagnat met tout en œuvre pour offrir à ses patients une prise en charge de qualité et sécurisée. Celle-ci s'applique aux soins proprement dits mais aussi à l'environnement de notre prise en charge (accueil, respect des droits du patient, sécurisation des processus qui entourent l'acte soignant). Il a réalisé en regard du rapport de certification V2014 et en lien avec la CDU un état des lieux permettant d'identifier les situations à risques liées aux droits du patient.

Les orientations concernant cette thématique sont les suivantes :

- Améliorer le dispositif d'information du patient
- Améliorer les conditions de prise en charge et la satisfaction du patient (dignité, intimité, bienveillance envers nos patients)
- Améliorer le dispositif d'accueil du patient et de son entourage
- Améliorer la prise en charge du patient en fin de vie (rédaction du projet « Soins palliatifs »)

Les axes d'amélioration retenus par notre établissement sont les suivants :

- Améliorer et structurer l'information du patient en cas de dommage liés aux soins
- Respecter le principe de dignité et d'intimité du patient
- Formaliser et évaluer les mesures de restrictions de liberté (contentions)
- Formaliser l'utilisation du cahier de liaison
- Mettre en place des actions d'évaluation dans les services

Eléments opérationnels et indicateurs

- Le règlement intérieur et les missions du groupe droits du patient et du comité de pilotage,
- Les missions des référents droits du patient,
- Nombre de réunions tenues et ordres du jour,
- Validation d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant reprenant la charte de bientraitance de l'établissement,
- Nombre de plaintes et réclamations,
- Nombre d'interventions des EMSP
- Système documentaire (procédure de signalement ...),
- Validation du référentiel de bonnes pratiques soignantes sur le respect de l'intimité et de la dignité du patient,
- Audit de connaissance de ce référentiel,
- Programme d'actions concernant cette thématique,
- Enquêtes de satisfaction,
- EPP des mesures de restriction,
- Nombre d'EI concernant les droits du patient,
- Nombre d'analyses menées, ALARM,
- Nombre d'actions correctives mises en œuvre,
- Nombre de personnes formées à la bientraitance et aux droits du patient,
- Le plan pluriannuel de formation,
- Différents audits et évaluation menés par le groupe Droits du patient

2.2.7 La prise en charge de la douleur

La politique de prise en charge de la douleur est centrée sur le patient, et ciblée vers les patients les plus vulnérables.

L'établissement anticipe et soutient la politique de prise en charge de la douleur en soutenant les professionnels grâce à des moyens humains et matériels.

Engagement de l'établissement

L'engagement de l'établissement est de renforcer la lutte contre la douleur, qui est et reste une priorité pour l'établissement. La prise en charge de la douleur est adaptée aux spécificités du patient, et évaluée grâce à la promotion des Evaluations des Pratiques Professionnelles.

Le CLUD travaille en collaboration avec le COMEDIMS en ce sens.

L'établissement a défini différents axes d'améliorations :

- Améliorer la prise en charge des douleurs des populations accueillies au CMI de Romagnat (les enfants et les adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes en fin de vie, non communicants ...) en l'adaptant à chaque type de prise en charge.
- Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé en proposant et en adaptant les formations (plan de formation)
- Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité,
- Améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients

Éléments opérationnels et indicateurs

- Règlement intérieur et missions du CLUD,
- Missions des référents CLUD,
- Le programme d'actions
- Validation d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant reprenant l'organisation en matière de lutte contre la douleur,
- Thèmes et nombre de personnes formées à la douleur,
- Le plan pluriannuel de formation
- Nombre de réunions CLUD tenues,
- Nombre d'EI concernant la prise en charge de la douleur,
- Nombre d'analyses menées, fiches ALARM,
- Nombre d'actions correctives mises en œuvre ;
- Évaluation du dossier patient sur la traçabilité de la douleur,
- Thématique EPP IPC

2.2.8 La prise en charge nutritionnelle

La politique nutrition s'inscrit dans une prise en charge soignante orientée sur l'éducatif et le préventif. Elle vise à améliorer la prise en charge globale du patient. Cette politique est renforcée en fonction des prises en charge spécifiques.

Engagement de l'établissement :

L'établissement s'engage à promouvoir et renforcer la lutte contre la dénutrition.

Notre politique nutrition est élaborée à partir du Plan national nutrition santé. La mise en place de la politique nutrition s'appuie sur le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) dont les objectifs sont les suivants :

- S'assurer de l'état des besoins et de l'évaluation dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- Favoriser les prises en charge propres à l'établissement : pédiatrie, maladies chroniques, obésité...
- Orienter les actions de formation et de sensibilisation vers la nutrition
- Poursuivre la collaboration avec les acteurs extérieurs (CALORIS ...)
- Fédérer les acteurs autour des problématiques nutrition et alimentation par le développement de formations internes et d'actions de communication auprès des soignants, personnel de restauration et d'hôtellerie.
- Elaborer des supports de conseils diététiques à destination des patients.

Dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle, la priorité est axée sur :

- L'évaluation de la prise en charge nutritionnelle, notamment dans la formalisation de projets et le recueil de données.

Éléments opérationnels et indicateurs

- Le règlement intérieur et missions du CLAN,
- Le programme d'actions,
- Validation du projet nutritionnel,
- Les enquêtes de satisfaction,
- Thème et personnels formés à l'éducation thérapeutique du patient (ETP),
- Évaluation du dossier patient (recueil des antécédents, IMC ...),
- La mesure du poids des patients, le calcul de l'IMC,
- Audit des grilles de recueil (antécédents, risques ...),
- Nombre d'EI concernant la prise en charge nutritionnelle,
- Nombre d'analyses menées, fiches ALARM,
- Nombre d'actions correctives mises en œuvre ;
- Le plan pluriannuel de formation

2.2.9 Les activités médico-techniques

Engagement de l'établissement

Au niveau des activités médico-techniques, le CMI de Romagnat s'engage à pérenniser la démarche qualité de la radiologie (radiologie de contrôle) et à améliorer, en collaboration avec le sous-traitant (laboratoire du CHU Estaing) le délai d'accès aux résultats...

Le CMI de Romagnat dispose d'un centre de radiologie en interne. Cependant, nous ne faisons que des radiologies de contrôle (importantes compte tenu des pathologies de nos patients), nous n'avons pas de médecin radiologue. Les activités d'imagerie et de radiologie sont sous traitées au CHU de

Clermont-Fd par convention. Nous disposons en interne d'une personne compétente en radioprotection et d'une manipulatrice radio.

Concernant les activités de laboratoire, celles-ci sont également sous traitées par convention au Laboratoire du CHU de Clermont-Ferrand.

Les axes prioritaires retenus pour ces activités sont :

- La radioprotection
- Coordonner le traitement des événements indésirables graves (EIG)
- Améliorer le traitement des incidents, gestion des plaintes et réclamations

Éléments opérationnels et indicateurs

- Le plan pluriannuel de formation,
- Le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale,
- Le guide des modalités de prélèvement, d'identification de transport et de conservation des échantillons,
- Système documentaire (documents et procédures formalisés ...),
- Nombre d'EI concernant les activités médico techniques,
- Nombre d'analyses menées, fiches ALARM,
- Nombre d'actions correctives mises en œuvre ;
- Thème et personnels formés à la radioprotection,
- Plan pluriannuel de formation

2.2.10 La maîtrise du risque infectieux

Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, l'établissement est doté d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Le CLIN travaille en coordination avec le COMEDIMS et l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH).

Orientations et engagement de l'établissement

Le CMI de Romagnat s'engage à renforcer la lutte contre les infections associées aux soins et le bon usage des antibiotiques notamment dans le management.

Dans le cadre de son programme annuel, le CLIN :

- Organise et coordonne la prévention et la surveillance des infections nosocomiales ; dans ce cadre, il participe à des enquêtes au niveau national et régional ;
- Élabore en collaboration avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) les protocoles portant sur le déroulement des soins et l'hygiène ;
- Participe à la formation des équipes soignantes et à l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Contrôle la qualité bactériologique de l'eau, de l'air et des surfaces ;

- Met en place et assure le suivi des indicateurs qualité en hygiène : score ICALIN (Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales), score ICSHA (Indice de consommation de solutions hydroalcooliques), score ICATB (Indice composite de bon usage des antibiotiques), ICABMR (Indicateur de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes).

Les résultats des indicateurs sont affichés dans le hall d'accueil du CMI et consultables sur le site internet www.scopesante.fr.

Pour définir les axes prioritaires dans la lutte contre le risque infectieux, le CMI de Romagnat s'est aidé principalement de l'outil d'aide à l'analyse du processus « management du risque infectieux » que l'ARLIN-FORAP met à disposition des établissements de santé. En parallèle, nous avons également procédé à une analyse des risques à postériori.

Les axes prioritaires sont les suivants :

- La formation et l'information
 - o Du personnel du CMI de Romagnat (soignant, paramédicaux, médicaux), notamment les nouveaux arrivants
 - o La formation du personnel des entreprises extérieures de nettoyage auxquelles nous faisons appel.
- Réponse aux besoins du personnel des services par l'information et sensibilisation des équipes.
- La prévention des risques infectieux liés aux travaux
 - o La préparation
 - o Le lien avec les professionnels en charge du chantier
 - o L'application des règles
- La prévention des risques liés au bon usage des antibiotiques :
 - o Elaborer des indicateurs de suivi tels que l'évaluation de la prescription des antibiotiques (la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48ème heure et la 72ème heure inscrite dans le dossier du patient)
 - o Améliorer l'indicateur ICATB de l'établissement
- La prévention des infections associées aux gestes invasifs en formant et en informant le patient et son entourage des consignes et des règles de bonnes pratiques.
- Evaluation des protocoles et bonnes pratiques par biais d'audits ;
- Analyse si besoin des événements indésirables associés aux soins ;

Éléments opérationnels et indicateurs

- Le règlement intérieur et les missions du CLIN,
- La lettre de missions du Président du CLIN et de l'IHH,
- Le programme d'actions,
- Nombre de réunions,
- Nombre d'ETP médical hygiéniste,

- Nombre d'ETP non médical hygiéniste,
- Thèmes et nombres de personnes formées,
- Nombre de réunions d'information aux nouveaux arrivants et nombre de personnes y participant,
- Validation de la stratégie antibiothérapie du CMI de Romagnat,
- EPP sur la réévaluation de l'antibiothérapie,
- Guide BMR pour l'entourage et le patient,
- Plan de maîtrise de BMR,
- Plan de maîtrise de l'antibiothérapie,
- Système documentaire (documents et procédures formalisés ...),
- Nombre d'EI liés au risque infectieux,
- Nombre d'analyses menées, fiches ALARM,
- Nombre d'actions correctives mises en œuvre,
- Le plan pluriannuel de formation,
- La consommation des antibiotiques
- Le BILANLIN

2.2.11 La santé, sécurité et qualité au travail - Le Développement Durable (DD)

Dans le cadre de la politique de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, le CMI de Romagnat a élaboré un document unique d'évaluation des risques professionnels. Ce document a été réalisé en lien avec les services de l'AIST, il est mis à jour et présenté au CHSCT tous les ans et renvoyé à l'AIST à chaque mise à jour. Il contribue à l'élaboration du programme annuel de prévention des risques professionnels.

L'établissement œuvre depuis quelques années à réduire le risque de troubles musculo-squelettiques et à améliorer le confort du patient. Nous avons toujours investi sur des instruments de manutention de malades (lèves malades mobiles ...). Ces dernières années, à chaque rénovation ou construction de service, nous avons investi sur le système de lève malade sur rails au plafond. L'ensemble de nos services rénovés et ou construits disposent de ce système. A terme nous équiperons l'ensemble de nos services de soins.

Dans le cadre du ciblage TMS Pro, nous nous sommes engagés à la construction et à la réalisation d'un projet de prévention TMS. Ce projet a donné lieu à un plan d'actions.

De plus, nous proposons à l'ensemble du personnel une formation PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique. Compte tenu des retours de cette formation, un personnel de l'établissement a été formé pour être formateur PRAP, afin de mieux répondre aux attentes et besoins du personnel en fonction des catégories professionnelles mais aussi en fonction des spécificités des services notamment de soins. En effet, la problématique peut être différente en fonction des services de soins (pouponnière ou adulte polyhandicapé ...).

La présence d'un formateur dans l'établissement permet également de promouvoir une démarche de prévention des risques liés à l'activité physique et de concevoir et animer une formation-action du personnel à la démarche PRAP. Nous avons créé un groupe TMS Pro pour nous aider à mettre en

place notre démarche de prévention des risques liés à l'activité physique et nous sollicitons une personne de ce groupe pour faire la formation.

Le développement durable s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le travail de l'établissement concernant le développement durable se fait EN PRIORITE en prenant en compte trois axes :

- L'axe social
- L'axe économique
- L'axe environnemental
- Poursuivre l'évaluation des risques professionnels ;
- Accentuer notre politique de prévention des accidents du travail pour éviter les TMS ;
- Former le personnel (PRAP)
- Former un personnel pour être formateur PRAP
- Mettre en place une politique développement durable au sein du CMI ;
- Réaliser un diagnostic des points forts et des points faibles ;
- Diminuer les DASRI ;
- Séparer la collecte des DAOM et des DASRI ;
- Formaliser des procédures d'achats et améliorer le système de commande ;
- Elaborer un guide éco conduite dans les véhicules de l'établissement ;
- Sensibiliser le personnel à l'éco conduite via le livret d'accueil du personnel ;
- Prendre en compte le développement durable lors de travaux tels que les réaménagements des services (isolation extérieure ...) et de la construction de nouveaux bâtiments ;
- Gestion documentaire informatisée ;
- Gérer la consommation de l'eau (eau en bouteille) ;
- Répertorier les fournisseurs ayant une charte environnementale ;
- Formaliser un plan d'achats à périodicité définie afin de gérer au mieux les stocks ;
- Favoriser l'emploi du personnel handicapé ;
- Améliorer les conditions de travail ;
- Faciliter plus de VAE et de formations qualifiantes ;
- Continuer à proposer des actions de formation relatives à la spécificité de la prise en charge des patients ;

Eléments opérationnels et indicateurs

- Plan d'actions TMS PRO
- Lettre de missions des ressources TMS Pro
- Engagement de la Direction dans la construction et la réalisation du projet de prévention TMS de l'établissement
- Document unique à jour
- Le plan pluriannuel de formation (PRAP)

- Validation de la politique Développement Durable du CMI de Romagnat
- Règlement intérieur et missions du groupe DD
- Système documentaire
- Le livret d'accueil
- Guide éco conduite
- Le suivi des DASRI

2.3. LE PAQSS, le compte qualité et les IPAQSS

Ce programme a pour objectif de décliner, mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'établissement et les engagements pris dans les différentes politiques (axes prioritaires) et, répondre aux exigences de la HAS (compte qualité),

La Cellule Qualité, en collaboration avec les autres instances concernées, a défini le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) pour 5 ans avec révision annuelle.

2.3.1. LE PAQSS et le compte qualité

Le Centre Médical Infantile de Romagnat dispose d'un programme d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins, et de la gestion des risques :

- Déclinant en actions (ou dispositif de maîtrise à mettre en place) les engagements pris en termes de qualité, gestion des risques, droits du patient, infections nosocomiales, médicaments ...);
- Intégrant les actions d'amélioration (analyses de risques à priori et à posteriori, les audits...).

Les actions de ce programme sont hiérarchisées et le programme contient les informations concernant les responsables, les indicateurs et le suivi des délais.

L'organisation de la qualité et de la sécurité des soins implique deux acteurs majeurs :

- La CME ;
- La Cellule Qualité, qui pilote la démarche qualité et coordonne la déclinaison des orientations en actions.

L'élaboration, la mise en place et le suivi de ce programme font l'objet de présentations pour validation auprès des différentes instances compétentes en place dans notre établissement (la CME, la CSIRMT, le CLIN, le COMEDIMS, le CLAN, le CHSCT, la CDU, CEPP...) et de communications auprès des personnels et représentants des usagers de l'établissement.

Afin de pouvoir décliner et mettre en œuvre les orientations stratégiques du projet d'établissement et les engagements pris dans les différentes politiques, le PAQSS est défini et révisé annuellement.

Le compte qualité développé par la HAS est une innovation de la V2014. Il participe à inscrire la procédure de certification dans la continuité. Il permet également de formaliser chaque étape de la construction du PAQSS.

Liste des thèmes de la certification V2014

- Qualité de vie au travail ;
- Management de la qualité et des risques ;
- Gestion du risque infectieux ;
- Droits du patient ;
- Parcours du patient ;
- Prise en charge de la douleur ;
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie ;
- Dossier patient ;
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- Gestion du système d'information ;

Le CMI de Romagnat a également choisi d'approfondir son analyse concernant les thématiques suivantes :

- Management stratégique, gouvernance ;
- Processus de gestion du linge
- Gestion des déchets

Pour chaque thématique est réalisée une analyse des points forts, des moyens de maîtrise en place, des points faibles à partir des ou de la :

- Cartographie des risques a priori,
- Retours à partir des FEI,
- Résultats des indicateurs,
- Retours de la CDU,
- Contrôles, inspections, démarches de certification ou d'accréditation.

De cette analyse découlent :

- Des indicateurs
- Des actions d'amélioration priorisées sur la durée du PAQSS

2.3.2. Les résultats de la certification V2014

Notre établissement est certifié avec obligations d'amélioration (affichage B sur scopesante.fr).

Les avis prononcés sur les thématiques :

Obligations d'amélioration :

- Le management de la qualité et des risques
- Les droits du patient
- Le management de la prise en charge médicamenteuse

Recommandation d'amélioration :

- Le parcours patient

A la réception de la décision, l'établissement s'est engagé à améliorer ses pratiques sur ces thématiques. La Cellule Qualité, avec l'aide des différentes instances concernées a défini des axes d'amélioration et élaborer un programme d'amélioration de la qualité en adéquation avec

ce que demande la HAS. Les axes d'amélioration sont repris dans ce document (ci-dessus) avec les indicateurs et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et repris sur le compte qualité de l'établissement.

2.3.3. Les indicateurs IPAQSS

Le CMI de Romagnat participe au recueil des Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Cette évaluation a permis de mettre en relief notre manque de formalisation notamment de notre projet de soins. C'est pour cette raison que l'établissement a décidé de mettre en œuvre une EPP sur cette thématique

Critères d'exclusion

- **Les séjours hors secteur SSR,**
- **Les séjours de moins de sept jours,**
- **Les patients suivis exclusivement en ambulatoire,**

Liste des indicateurs

Dossier patient (DPA)

- 1 – Qualité de la lettre de liaison à la sortie
- 2 – Projet de soins, projet de vie en SSR
- 3 – Evaluation et prise en charge de la douleur
- 4 - Tenue du dossier patient
- 5 - Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

2.3.4. Engagement dans la démarche de Certification V2020

La visite de Certification V2014 du CMI étant initialement prévue pour juin 2020, celle-ci a dû être reportée, compte tenu de la crise sanitaire de Covid-19. L'établissement va donc de ce fait, basculer directement sur le dispositif V2020, récemment déployé par la Haute Autorité de Santé. Ce dispositif met en œuvre de nouvelles méthodes d'évaluation (Patient traceur, Parcours traceur, Traceur Ciblé, Audit Système et Observations), accordant une grande place aux résultats au lit du patient, ainsi qu'à l'expérience patient. Ces nouvelles méthodes ont donc nécessité la formation du personnel en charge de la gouvernance, des instances et de la qualité au CMI : Directeur Général, Directrice Administrative et Financière, Responsable Qualité, Médecins, Cadres de santé, Pharmaciens. Cette formation marque un premier engagement de l'établissement et de son personnel dans cette nouvelle démarche de Certification, dont la visite est prévue en novembre 2021.

Ainsi, le CMI de Romagnat de par les axes et orientations stratégiques énoncés, souhaite pleinement s'engager dans une démarche de management qualité et gestion des risques. Cet engagement intègre la participation de l'ensemble des instances, coordonné par la Cellule Qualité. L'objectif général est de favoriser une qualité des soins optimale, d'impulser et pérenniser une culture qualité-gestion des risques dans l'établissement, tout en impliquant chaque membre du personnel dans cette démarche. L'ensemble des orientations stratégiques et axes d'amélioration énoncés concourent à la prise en charge optimale du patient durant l'ensemble de son séjour.